



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مراقبت تسکینی

Palliative Care



رحمتا علم

شماره ۱۴ - خرداد ۱۴۰۳

فہرست همکاران



دکتر پروانہ عسگری - صاحب امتیاز و سردبیر



حمید انوری - مدیر مسئول



متینہ سادات طباطبائی - نویسنده و صفحہ آرا



پرنیان زروانی - نویسنده



حانیہ شیخ - نویسنده



نرگس ابراہیمی - نویسنده



صابر شفیعی - نویسنده



سیدہ سارا رضوی - نویسنده



سونیا الماسی - نویسنده



نازنین محمدزادہ - نویسنده



لادن ابراہیمی - نویسنده



صنم حسین پور - نویسنده

فهرست مطالب

۱	سخن سردبیر
۲	تعریف مراقبت های تسکینی
۴	وضعیت مراقبت های حمایتی و تسکینی در ایران
۷	بیماران نیازمند مراقبت تسکینی و مراحل آن
۱۰	بررسی مراقبت معنوی و روابط عاطفی در مراقبت تسکینی
۱۲	امید درمانی در مراقبت تسکینی
۱۵	مراقبت های تسکینی در اورژانس
۱۷	نقش فیزیوتراپی در مراقبت تسکینی
۱۹	مراقبت از زخم های بدخیم در طب تسکینی
۲۱	مراقبت های تسکینی از خانواده، پس از مرگ بیماران سرطانی و لاعلاج
۲۳	دارو درمانی در مراقبت تسکینی

سخن سردبیر

سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی را به عنوان راهکاری برای ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای صعب العلاج و خانواده آنها معرفی کرده است. این مراقبتها از مرحله تشخیص بیماری شروع می شوند و پس از مرگ بیمار (جهت حمایت خانواده) ادامه دارند. در حال حاضر مراقبتهای حمایتی و تسکینی در ایران به صورت سیستماتیک ارائه نمی شود و به صورت پراکنده در چند مرکز در شهرهای بزرگ ارائه می شود. همچنین مراقبت تسکینی مفهومی جدید است و برنامه مدون و تنظیم شده ای برای این دسته از خدمات مطابق با نیازهای کنونی وجود ندارد.

در ایران با توجه به افزایش سن جمعیت و آمار فزاینده بیماران مزمن نیاز به مراقبت تسکینی و تاسیس مراکز ارائه این نوع مراقبت بیش از پیش احساس می شود. لذا با توجه به اهمیت این نوع مراقبت و حمایت در سیستم بهداشتی درمانی کشور، این شماره از نشریه دنیای علم به مراقبت تسکینی و ابعاد مختلف آن پرداخته است. امید است به زودی استقرار نظام مدون مراقبت تسکینی با در نظر گرفتن همه ابعاد مراقبتی از بیماران و خانواده آنها تحقق یابد تا بتوان اثرات آن را بر روی ارتقاء کیفیت و پیامدهای درمان و مراقبت از بیماران مشاهده نمود.

با تشکر
دکتر پروانه عسگری
سردبیر نشریه دنیای علم



تعریف مراقبت های تسکینی

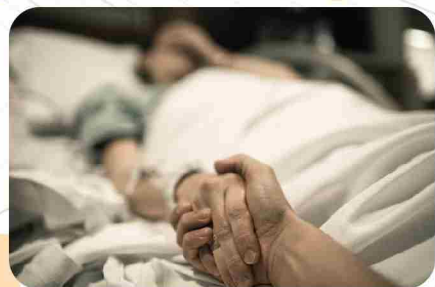


پرنیان زروانی - دانشجوی کارشناسی پرستاری

روابط

مراقبت های حمایتی و تسکینی از لحظه تشخیص بیماری، برای کاهش درد و رنج جسمی و روحی بیمار و عوارض ناشی از درمان بیماری با هدف افزایش کیفیت زندگی به کمک بیمار و خانواده او می آید و به افزایش رضایتمندی بیمار و خانواده منجر می شود. این مراقبت ها به هیچ وجه جایگزین مراقبت های علاجي نیست بلکه به عنوان مکمل درمان های افزایش دهنده طول عمر، اثربخشی این درمان ها را افزایش می دهد.

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) مراقبت های حمایتی و تسکینی رویکردی است که به بهبود کیفیت زندگی (بیماران و خانواده آنان در مواجهه با مشکلات ناشی از بیماری های تهدیدکننده حیات می پردازد. این مراقبت ها به تشخیص و کنترل چالش های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در بیمار و خانواده می پردازد.



مراقبت تسکینی در ایران

امروزه در کشورهای پیشرفته نگاه ویژه ای به مراقبتهای حمایتی و تسکینی برای بیماران صعب العلاج میشود و با توجه به روند رو به رشد جمعیت این بیماران و نیازهای ویژه ای که دارند دولتها در جهت ارایه خدمات و مراقبتهای ویژه سیاست گذاری های خود را انجام میدهند نظر به افزایش شمار این بیماران در ایران برنامه ریزی و سیاستگذاری به منظور حمایت و مراقبت از بیماران و خانواده هایشان بسیار مورد اهمیت میباشد .

بطور کلی، نگرش و فعالیت مراقبت های حمایتی و تسکینی به شکل زیر تعریف می شود.

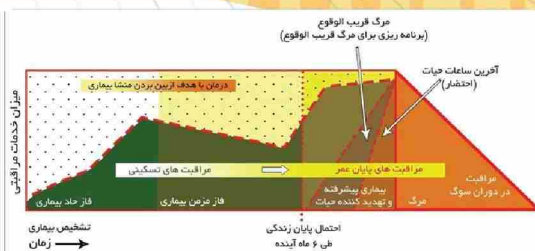
- درد و دیگر علائم آزاردهنده بیماری و درمان را تسکین می دهد؛
- به زندگی بها می دهد و مرگ را یک فرآیند طبیعی تلقی می کند؛
- قصد تسریع مرگ یا به تعویق انداختن آن را ندارد؛

- شامل مراقبت های روانی و معنوی می شود؛
- به دنبال ایجاد فرصت فعال زیستن تا آخرین لحظه زندگی برای بیمار است؛
- از خانواده بیمار در مراحل مراقبت از بیمار و سوگواری پشتیبانی می کند؛
- می کوشد به تمامی نیازهای بیمار و خانواده با رویکردی تیمی (از جمله مشاوره در مورد مرگ و سوگ) پاسخ دهد.

- کیفیت زندگی بیمار و خانواده را افزایش می دهد و همچنین ممکن است بر طول عمر بیمار و عوارض آن نیز تأثیر مثبت داشته باشد؛
- می تواند از ابتدای دوره بیماری و در کنار درمان های افزایش دهنده طول عمر، به بیمار کمک کند؛

- شامل بررسی های مورد نیاز برای درک و مدیریت بهتر علائم و عوارض بیماری و درمان آن می شود.

بر اساس آمار و ارقام ، سالانه بر تعداد بیماران مبتلا به بیماریهای صعب العلاج که نیازمند دریافت خدمات و مراقبتهای حمایتی و تسکینی هستند، افزوده میشود طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی هر سال ۴۰ میلیون بیمار نیازمند دریافت خدمات و مراقبتهای حمایتی هستند که ۷۸ درصد این بیماران در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی میکنند . بنابراین یکی از چالش هایی که ایران در آینده ای نه چندان دور با آن مواجه میشود، سیاست گذاری، برنامه ریزی، سرمایه گذاری و ایجاد زیر ساختهای لازم برای ارایه خدمات حمایتی و تسکینی به بیماران مبتلا به بیماریهای صعب العلاج است که این موضوع از همین امروز باید مورد توجه قرار گیرد.



در حال حاضر مرکز مکسا در تهران به عنوان ستاد مرکزی به ارایه مراقبت ها و حمایت های تسکینی میپردازد و زیر مجموعه های این مرکز که آلا در اصفهان و بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران هستند، مشغول به فعالیت و خدمت رسانی به بیماران و خانواده های نیازمند به مراقبتهای تسکینی و حمایتی میباشند واحد طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران با دارا بودن ده ، تخت علاوه بر ارایه خدمات سرپایی خدمات بستری را نیز به عهده دارد و مرکز آلا در اصفهان شامل بخش کلینیک و بستری در بخش بیمارستانی است .

منابع:

- 1- Junger S, Pastrana T, Pestinger M, Kern M, Zernikow B, Radbruch L. Barriers and needs in paediatric palliative home care in Germany: a qualitative interview study with professional experts. BMC Palliative Care. 2010;9:10.
- 2- Behmann M, Lückmann SL, Schneider N. Palliative care in Germany from a public health perspective: qualitative expert interviews. BMC Research Notes. 2009; 2:116.



وضعیت مراقبت های حمایتی و تسکینی در ایران



حانیه شیخ دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

رَبِّهِ

این امر باعث افزایش هزینه های نظام سلامت و خانواده، بیماران نارضایتی و فرسودگی شغلی کارکنان حرف سلامت میشود. شواهد حاکی از این است که مراقبت تسکینی در ایران به صورت جزیره ای و در مراکز محدودی سپری ارائه میشود. اکثر بیماران از این شیوه مراقبتی محروم هستند و مراقبت تسکینی مبتنی بر منزل در کشور فاقد هرگونه جایگاهی در نظام سلامت است. بیماران مبتلا به بیماریهای صعب العلاج نیازمند دریافت مراقبت تسکینی برای دریافت این خدمات و کاهش درد و رنج ناشی از بیماری خود سرگردان هستند و در اکثر مواقع خدمات مناسب و به موقع به این بیماران داده نمیشود.

نظام سلامت ایران با آمار فزاینده بیماران، مزمن کمبود نیروی انسانی و تخته های مراقبت ویژه در "مراکز سلامت خود" مواجه است. اکثر افراد مبتلا به بیماریهای صعب العلاج در کشور ایران در روزهای آخر مکرراً بستری میشوند و با وجود کمبود تخته های بیمارستانی به خصوص در بخشهای ویژه این عمر بیماران باعث اشغال این تخته ها میشوند و تا لحظات آخر عمر داروهای تخصصی دریافت میکنند و در نهایت بسیاری از این بیماران روی تخته های بیمارستان و در بخشهای ویژه فوت میشوند، در حالی موارد بستری بیماران صعب العلاج در بخشهای ویژه تأثیری در بهبود بیمار ندارد و به که در در بسیاری از موارد به عنوان یک مراقبت بیهوده در نظر گرفته میشود.

از طرفی بسیاری از این بیماران ترجیح میدهند که روزهای آخر عمر را در میان خانواده و در تماس نزدیک با بستگان خود کنند. شواهد حاکی از این است که مراقبت تسکینی در ایران به صورت جزیره ای و در مراکز محدودی سپری ارایه میشود. اکثر بیماران از این شیوه مراقبتی محروم هستند و مراقبت تسکینی مبتنی بر منزل در کشور فاقد هرگونه جایگاهی در نظام سلامت است بیماران مبتلا به بیماریهای صعب العلاج نیازمند دریافت مراقبت تسکینی برای دریافت این خدمات و کاهش درد و رنج ناشی از بیماری خود سرگردان هستند و در اکثر مواقع خدمات مناسب و به موقع به این بیماران داده نمیشود.



در حال حاضر مراقبت های حمایتی و تسکینی در ایران به صورت سیستماتیک ارائه نمی شود. در گزارش های سالانه موسسه بین المللی نظارت بر مراقبت های پایان عمر و سازمان جهانی بهداشت، وضعیت ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی در کشورهای مختلف بررسی شده. کشور های جهان بر اساس وضعیت ارائه مراقبت های تسکینی به ۴ گروه اصلی تقسیم می شوند.

گروه ۱) کشورهای فاقد هیچ فعالیت شناخته شده در زمینه مراقبت های حمایتی و تسکینی؛

گروه ۲) کشورهایی که صرفا در حال ظرفیت سازی برای ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی هستند و این خدمات در آن ها ارائه نمی شود

همچنین نگاه سنتی نیروهای کادر سلامت در مدیریت درمان بیماریهای صعب العلاج، شفاف نبودن قانون در حمایت از کادر سلامت برای قطع درمان های غیر ضروری و یا ممانعت از اجرای انتظارات غیر منطقی بیمار و یا خانواده آنها و تفاوت های فرهنگی اجتماعی به عنوان موانعی هستند که در روند ارتقای مراقبت تسکینی در جامعه ایرانی وجود دارند مشکل دیگر در ارایه مراقبتهای تسکینی مبتنی بر منزل، نقص در فرایند پرداخت و حمایت بیمه از این بیماران است. لذا با توجه به شیوع زیاد بیماریهای مزمن و صعب العلاج، رشد فزاینده پدیده سالمندی، محدودیت تخته های ویژه منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی در مراکز درمانی و با عنایت به فواید بی شمار استفاده از مراقبت تسکینی مبتنی بر منزل مسئولان نظام سلامت میبایست این شیوه مراقبتی را به عنوان یکی از اولویتهای مهم نظام سلامت در نظر بگیرند تا بیماران بتوانند در طی فرایند بیماری و همچنین روزهای آخر عمر در کنار خانواده زندگی با کیفیت و مرگی آرام را تجربه کنند.

گروه ۳) کشورهایی که در آنها مراقبت های حمایتی و تسکینی در برخی مناطق و توسط مراکز محدود ارائه می شود. این کشورها خود به دو زیر گروه تقسیم می شوند.

گروه ۳ - الف) خدمات ناقص، بدون حمایت رسمی، وابسته به خیرین، محدودیت در دسترسی به مورفین، مراقبت ها بیشتر در منزل ارائه می شود و آموزش نیروی متخصص در این کشورها انجام نمی شود.

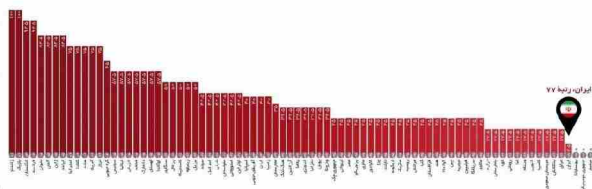
گروه ۳ - ب) حمایت کافی از خدمات در برخی از مناطق وجود دارد. وجود منابع مالی مناسب برای ارائه مراقبت ها، دسترسی مناسب به مورفین، مراقبت ها در پاره ای از موارد و بصورت مستقل توسط برخی مراکز درمانی ارائه می شود و آموزش نیروی متخصص تا حدی وجود دارد.

گروه ۴) کشورهایی که در آنها مراقبت های حمایتی و تسکینی در نظام سلامت ادغام شده و خدمات آن در هماهنگی و بصورت یکپارچه با دیگر مراقبت های بهداشتی و درمانی قرار دارد.

ایران در رتبه ۷۷ در ارتباط جامعه با مراقبت های حمایتی و تسکینی قرار دارد. آگاهی جامعه از نقش این مراقبت ها، مطالبه گری اجتماعی، فعالیت های داوطلبانه و همکاری نیکوکاران، اساس پیوند میان مراقبت های حمایتی و تسکینی و جامعه است. شناخت بیشتر جامعه نسبت به این خدمات، از یک سو باعث افزایش تمایل و درخواست برای راه اندازی آن و از طرف دیگر، افزایش سرمایه های اجتماعی برای توسعه آن، می شود

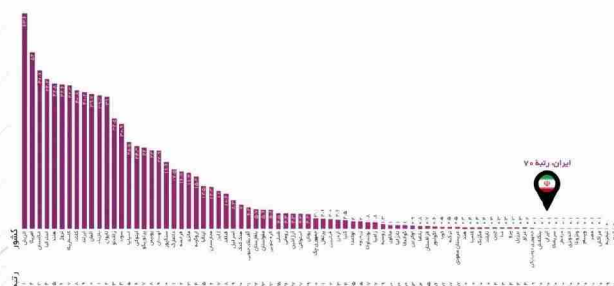
در حال حاضر محدود مراکز مراقبت های حمایتی و تسکینی موجود در ایران به صورت محلی فعالیت نموده و وجود نظامی یکپارچه که مدیریت و استاندارد سازی ساختار، فرایندهای عملیاتی و پروتکل های آموزشی مربوط به مراقبت های حمایتی و تسکینی، را برعهده داشته باشد، وجود ندارد. درصد تخمینی کسانی که در هنگام مرگ از مراقبت های حمایتی و تسکینی بهره می برند نسبت به تمام کسانی که در زمان مرگ به این مراقبت ها احتیاج دارند. بر اساس این ارزیابی، ظرفیت ارائه این مراقبت های حمایتی و تسکینی در ایران بسیار اندک است به شکلی که در ایران از هر هزار نفری که در زمان مرگ به این مراقبت ها احتیاج دارند، تنها حدود ۱ نفر از آن بهره می برد.

مردم چقدر در مورد مراقبت های تسکینی میدانند و در ارائه آن مشارکت میکنند؟



منبع: فهرست کیفیت مرگ رتبه بندی کشورها در مراقبت های تسکینی (The Quality of Death Index, Ranking palliative care across the world) بنیاد این (۲۰۱۸) با همکاری سرویس اطلاعاتی موسسه المکونست ۲۰۱۸

چند درصد از کسانی که به مراقبت های تسکینی نیاز دارند، به آن دسترسی دارند؟



منبع: فهرست کیفیت مرگ رتبه بندی کشورها در مراقبت های تسکینی (The Quality of Death Index, Ranking palliative care across the world) بنیاد این (۲۰۱۸) با همکاری سرویس اطلاعاتی موسسه المکونست ۲۰۱۸

منابع:

۱. <https://macsa.ir/fa/iran-situation-in-palliative>
۲. حیدری، حشمت اله. (۱۳۹۷). مراقبت تسکینی مبتنی بر منزل: حلقه گم شده مراقبت از بیماران در ایران (نامه به سردبیر). حیات، ۲۴(۲)، ۱۰۱-۹۷. <https://sid.ir/paper/fa/377711/SID>



بیماران نیازمند مراقبت تسکینی و مراحل این نوع مراقبت



نرگس ابراهیمی دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران

پایه علمی

بر اساس گزارش سازمان جهانی سلامت (بهداشت)، بیماران نیازمند استفاده از مراقبت های تسکینی شامل بیماری های قلبی عروقی، سرطان، بیماری مزمن ریوی، ام اس، پارکینسون، آرتریت روماتوئید، بیماری نورولوژیک، ناهنجاری مادرزادی و سل مقاوم به درمان ممکن است نیازمند به استفاده از مراقبت تسکینی باشند.

حتی گاهی علاوه بر مهم بودن نوع بیماری و شدت آن اینکه بیمار در کدام دسته از سن قرار می گیرد نیز بسیار مهم است و گروه سنی خاص و در معرض خطر همچون کودکان، سالمندان، مادران باردار و نیاز به توجه و مراقبت های خاص و ویژه تری را دارند. همچنین در اکثر موارد به ویژه در مورد کودکان مراقبت تسکینی باید خلاقانه باشد تا بتواند بیشترین تاثیر خود را بر بیمار داشته باشد.

بر اساس اعلام سازمان سلامت جهانی _WHO مراقبت های تسکینی باید در اولویت برنامه های سلامت عمومی و مدیریت بیماری ها قرار گیرد. که طی دهه های اخیر ، با توجه به گسترش علم ، ارتباط علوم مختلف با یکدیگر مفهوم مراقبت تسکینی به عنوان رویکردی چند رشته ای مورد توجه قرار گرفته که با توجه به ماهیت و نوع بیماران هدف آن و نیاز های روان شناختی آن ها مشخص شده است. در واقع همه بیماران نیاز به مراقبت تسکینی دارند چرا که این نوع مراقبت می تواند در کیفیت زندگی بیمار و حتی خانواده و حتی روند بهبود فرد تاثیر گذار باشد. اما یک سری بیماری های خاص نیاز با توجه به وخیم بودن و شرایط بیمار نیاز به مراقبت تسکینی ویژه ای هستند.

مراحل مراقبت های تسکینی

مرحله ۱: پایدار

مرحله اول در مورد ایجاد یک برنامه زمانی است که وضعیت عزیز شما نسبتاً پایدار باشد. این بخش تعیین کننده در تعیین خدمات مراقبتی با کیفیت بالا است که بیمار به آن نیاز دارد. این شامل فرآیند زیر است:

شناسایی مشکلات سلامتی و علائم فعلی

داروها و درمان برای تسکین علائم

دوره مراقبت آینده با پیشرفت بیماری

ارجحیت بر دریافت مراقبت در منزل یا در یک محیط سازمانی

تیم مراقبت تسکینی ممکن است متشکل از پزشکان، پرستاران، مراقبان و سایر متخصصان بهداشتی باشد تا اطمینان حاصل شود که بیمار تا حد امکان مستقل باقی می ماند.

همچنین مراقبت های تسکینی می تواند بر اساس اعتقادات فرد نیز باشد و اعتقادات دینی بیمار نیز می تواند جزئی از مراقبت های تسکینی باشد چرا که دین و آموزه های اعتقادی نقش مهمی در سلامت روحی و روانی فرد دارند.

مراقبت های تسکینی می توانند از سمت کادر درمان و یا حتی خانواده و افراد مختلفی صورت گیرند مهم نتیجه و تاثیر گذاری مثبت آن است. اما نباید فراموش کنیم که روش ها و نوع مراقبت های تسکینی برای همه بیماران یکسان نیست و باید با توجه به شرایط فرد و بیماری وی این مراقبت ها انجام شوند.

اما در کل می توان گفت که همه بیماران به نوعی به مراقبت های تسکینی نیازمند اند، بعضی بیشتر و بعضی کمتر

مرحله ۳: زوال

مرحله سوم "مرحله زوال" نامیده می شود که در آن علائم بدتر می شود و سلامت کلی شروع به کاهش می کند. در طول این مرحله، ممکن است مسائل پزشکی پیچیده تری ایجاد شود، به این معنی که می تواند زمان ناراحت کننده تری برای همه باشد. از این رو مهم است که در این مرحله حمایت بیشتری را ترتیب دهیم. درمان ممکن است از مراقبت تسکینی استاندارد به مراقبت پایان زندگی تغییر کند. این شامل:

درمان های پزشکی مناسب برای تسکین علائم و مدیریت درد

تهیه سیلندر یا نبولایزر اکسیژن برای تسکین تنگی نفس

خدمات پرستاری برای کمک به فعالیت های بهداشتی روزانه

مراقبت روانی اجتماعی و معنوی به بیماران و اعضای خانواده

هدف این است که تداوم مراقبت برای بیمار راحت باشد و آخرین دور سفر زندگی با وقار و آرامش کامل شود.



مرحله ۲: ناپایدار

اگر بیمار شروع به تجربه عوارض پزشکی جدید یا بدتر شدن علائم موجود کند، مراقبت تسکینی به مرحله "ناپایدار" پیش می رود. این مرحله نیاز به تعدیل مجدد برنامه های مراقبتی دارد تا بیمار تا حد امکان راحت باشد. در طول این مرحله، تیم تسکین دهنده حمایت عاطفی، معنوی و بهداشت روانی را برای مقابله با استرس و اضطراب سازماندهی می کند. این فرآیند شامل: مشاوره روانشناسی برای بیماران و اعضای خانواده

مجالس معنوی و مذهبی برای آرامش خاطر فعالیت های تفریحی مانند ماساژ یا موسیقی درمانی

مرحله ۴: ترمینال

در این مرحله، بیماری بیمار به حدی پیش رفته است که درمان های درمانی دیگر مؤثر نیستند. تمرکز اولیه مراقبت ها بر حمایت پایان زندگی است. مراقبت از بیمار اغلب در این مرحله مورد استفاده قرار می گیرد و مداخلات پزشکی به جای اقدامات درمانی، بر تسکین علائم متمرکز است. شامل:

داروها و سایر درمان ها برای مدیریت درد و علائم

اقدامات راحتی مانند قرار دادن تخت، مراقبت از پوست و مراقبت از دهان

مراقبت معنوی از بیمار و عزیزانشان
اطمینان از احترام به آرزوهای پایان زندگی بیمار
این اقدامات می تواند به ایجاد یک محیط آرام و راحت برای بیمار در این مرحله نهایی زندگی کمک کند.

مرحله ۵: سوگ

«مرحله سوگ» پس از مرگ بیمار رخ می دهد. مرگ یکی از عزیزان می تواند تأثیر عمیقی بر اعضای خانواده داشته باشد. از این رو تمرکز مراقبت به ارائه حمایت عاطفی، معنوی و روانی اجتماعی برای کمک به آنها برای مقابله با فقدان خود تغییر می کند. این بسته به نیازهای شخصی و موقعیت افراد درگیر می تواند از هفته ها تا ماه ها طول بکشد.



منابع :

۱. نقش روانشناس در مراقبت تسکینی علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران)
۲. کیفیت مراقبت های تسکینی از دیدگاه سالمندان مبتلا به سرطان بیمارستان فیروزگر (نشریه پرستاری ایران)
۳. تأثیر مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی مجله توسعه پرستاری در سلامت دانشگاه الیگودرز
۴. تأثیر به کارگیری الگوی بدیعه پردازی در آموزش مفهوم مراقبت تسکینی در کودکان بر خلاقیت
۵. بررسی اثر بخشی تدبیر در آیات قرآن کریم بر افزایش سلامت روان





بررسی مراقبت معنوی و روابط عاطفی در مراقبت تسکینی



صابر شفیعی دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

ریاضی

تعریف معنویت در مراقبت تسکینی معنویت یک تجربه عمیقاً شخصی و منحصر به فردی است. بر اساس تعریف انجمن اروپایی مراقبت تسکینی (EAPC)، معنویت به "بعد زندگی انسان که مربوط به نحوه تجربه مردم/جامعه، بیان و یا به دنبال معنی، هدف و تعالی و همچنین نحوه اتصال آن ها به لحظه، خود، دیگران، طبیعت و چیز مهم یا مقدسی است. این تعریف، جستجوی فرد برای پیدا کردن معنا و ارتباط زندگی را به‌ویژه در هنگام مواجهه با یک بیماری لاعلاج برجسته می‌کند.

مراقبت تسکینی چیزی فراتر از پرداختن به علائم جسمی بیماری است. این مراقبت شامل فراهم آوردن رفاه کامل بیمارانی است که با شرایط محدودکننده زندگی مواجه هستند و شامل مراقبت از نیاز عاطفی، روانی و معنوی آن‌ها بوده و به ارتباط بین ذهن، بدن و روح نیز می‌پردازد.

مزایای مراقبت معنوی در مراقب تسکینی:

بهبود کیفیت زندگی: پرداختن به نیازهای معنوی درکنار نیازهای جسمی، رفاه کلی بیمار را بهبود می بخشد و به آنها اجازه می دهد تا به آرامش و پذیرش برسند.

کاهش اضطراب و افسردگی: حمایت معنوی می تواند پریشانی عاطفی بیماران را کاهش دهد و احساس امید و انعطاف پذیری را تقویت کند.

ارتقا دادن مکانیسم های تطابق: ارتباط با معنویت می تواند قدرت سازگاری و همچنین آرامش و راحتی را در طول زمان های چالش برانگیز فراهم کند.

ارتباطات بهتر: مکالمات صادقانه و بدون قضاوت درمورد زندگی، مرگ و اعتقادات شخصی می تواند ارتباطات را عمیق تر کند و اعتماد بین بیماران، خانواده ها و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی را تقویت کند.

«به طور کلی مراقبت معنوی یک جزء ضروری از مراقبت های تسکینی است که آرامش، حمایت و حس معنا را برای بیماران و خانواده های آنها ارائه می دهد.»

منابع:

1. Balboni, T.A., et al., Spirituality in Serious Illness and Health. *Jama*, (۲)۳۲۸. ۲۰۲۲: p. ۱۹۷-۱۸۴.
۲. Gijsberts, M.H.E., et al., Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Med Sci (Basel)*, (۲)۷. ۲۰۱۹.
۳. Miller, M., K. Addicott, and W.E. Rosa, Spiritual Care as a Core Component of Palliative Nursing. *Am J Nurs*, (۲)۱۲۳. ۲۰۲۳: p. ۵۹-۵۴.

اهمیت پرداختن به مراقبت معنوی

هنگامی که فرد در مرحله نهایی و لاعلاج یک بیماری است، جستجو برای معنا و هدف زندگی تشدید میشود که میتواند منجر به پریشانی معنوی بالقوه تبدیل شود. همانطور که ویکتور فرانکل اظهار داشت "انسان با رنج نابود نمی شود، او با رنجی که هیچ معنایی ندارد، نابود می شود." بیماران ممکن است با سوالاتی درباره زندگی، مرگ و زندگی پس از مرگ دست و پنجه نرم کنند. آنها ممکن است ترس، خشم، گناه یا احساس انزوا را تجربه کنند. پرداختن به این نگرانی ها از طریق ارتباطات دلسوزانه و صادقانه باید انجام گیرد.



قدرت عشق و روابط عاطفی:

عشق و ارتباطات عاطفی نقش بسیار مهمی در مراقبت تسکینی دارند. حضور عزیزان، ابراز عشق و قدردانی و به اشتراک گذاری خاطرات، احساس تعلق و آرامش را برای بیماران ایجاد میکند. خانواده ها میتوانند از بیماران خود حمایت عاطفی را انجام دهند و به آنها کمک کنند تا معنا و پذیرش را پیدا کنند.

چالش ها و ملاحظات:

برای ارائه مراقبت معنوی نیاز به حساسیت و احترام به باورها و ارزش های مختلف است. متخصصان مراقبت های بهداشتی باید با ذهنی باز و به دور از هرگونه قضاوت و تحمیل اعتقادات با بیماران برخورد کنند. ارتباط موثر و گوش دادن فعال در درک نیازهای منحصر به فرد بیماران و ارائه حمایت های مناسب بسیار مهم است.



امید درمانی در مراقبت تسکینی

رضوی

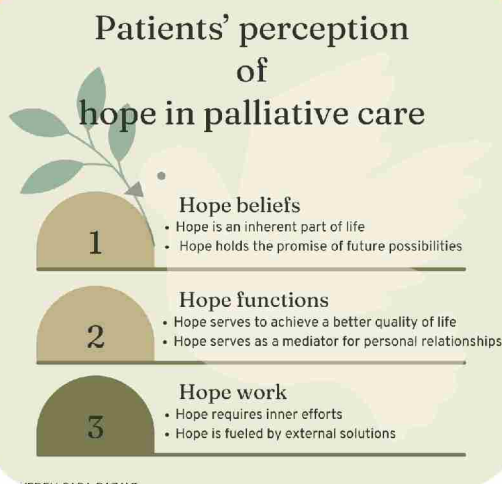
سیده سارا رضوی دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

امید بر حالات جسمانی نیز تاثیر میگذارد؛ محققان ارتباطی بین ناامیدی و عملکرد اندوتلیال که پیشروی آترواسکلروز را سبب میشود، یافته اند.

امید یک مفهوم مهم برای بسیاری از رشته ها از جمله فلسفه، الهیات، پرستاری و... است. یک نظریه کلاسیک پرستاری در مورد امید توسط کارین دوفالت است که بیان می کند: "امید را میتوان به عنوان نیروی زندگی چند بعدی و پویا توصیف کرد که با انتظاری مطمئن و در عین حال نامطمئن برای دستیابی به یک خیر آینده مشخص می شود."

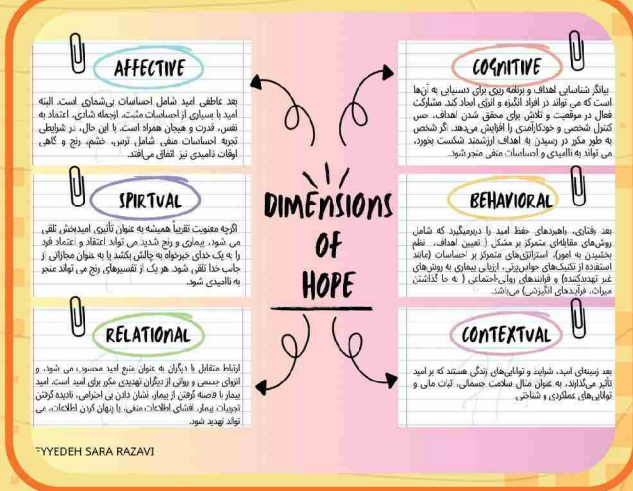
از نیازهای انسان، مدیریت سلامتی و بیماری است. گاهی اوقات برخی از بیماری ها قابل درمان، مزمن و یا غیر تهدید کننده ی حیات هستند. اما در مقابل گروهی از بیماری ها علاوه بر تهدید کننده بودن حیات، نیازمند ارائه مراقبت های تسکینی حمایت کننده هستند. برای بیماران فهم این موضوع که یک مرگ قریب الوقوع ممکن است رخ دهد؛ یک بحران وجودی به حساب می آید. زیرا افراد با ترس از مرگ، آینده ای نامشخص و رنج رو به رو هستند. روایت مشترک در بین این افراد، امید می باشد. از دیدگاه برخی از صاحب نظران، جهد و تلاش برای تعریف مفهوم چند وجهی امید، ذاتا بیهوده است. کاهش امید با کیفیت ضعیف زندگی، افکار خودکشی و تداوم افسردگی ارتباط دارد.

استنباط بیمار از امید در مراقبت تسکینی مطالعات انجام شده، ادراک بیماران را از امید در مراقبت تسکینی به سه تجربه به هم پیوسته تقسیم بندی کرده اند: امید برای آنها چه معنایی دارد؟، چه کاری برای آنها انجام می‌دهد؟، چه مواردی برای زنده نگه داشتن امید لازم است؟. همانطور که از شکل زیر استنتاج می‌شود؛ هر یک از موضوعات به دو باور فرعی در مورد امید اشاره دارند که به شرح مختصری از این موارد می‌پردازیم.



باورهای امید شامل درک بیماران از امید و ویژگی‌هایی است که با آن مرتبط است. امید به عنوان بخش ذاتی و جدایی ناپذیر زندگی محسوب می‌شود. افراد به زندگانی عادی و طولانی و همراه با لذت بردن امیدوارند. این عنصر بیانگر هسته‌ی درونی است که اراده‌ی زندگی از آن سرچشمه می‌گیرد.

از سوی دیگر بیماران امید را نویدبخش احتمالات آینده به شمار می‌آورند که موجب می‌شود مددجویان بر چشم اندازهای خوب و امیدوار کننده‌ای برای خود و عزیزانشان متمرکز شوند. همانطور که در یکی از مطالعات ذکر شده است: "امید مانند یک انتظار است." گاهی بیماران به مرگ مسالمت آمیز، اعتقاد به زندگی پس از مرگ و تمایل به جای گذاشتن میراث ابراز امیدواری می‌کنند؛ همانطور که در یک مطالعه اشاره شده است: "اگر امید نداشته باشید، چیزی برای آینده ندارید."

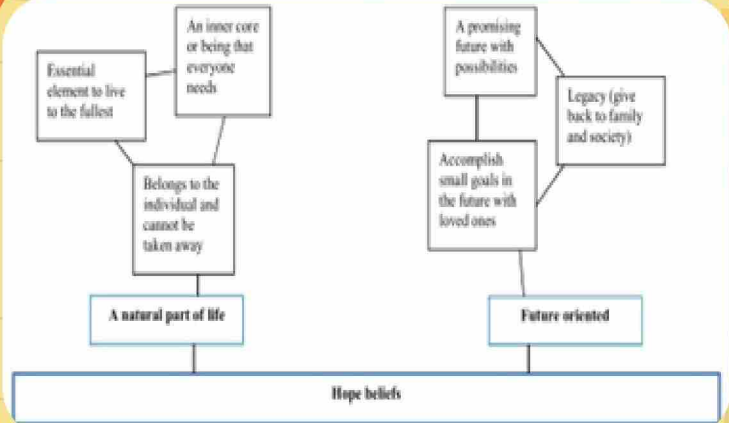


انواع امید در مراقبت تسکینی
امید درمانی (Therapeutic Hope): هدف این امید افزایش طول عمر بیمار و یا اهداف درمانی نیست. بلکه هدف، کمک به بیمار برای تنظیم اهداف کوچک‌تر، متمرکزتر و عینیتر است. اگر هر نوع کار یا رابطه نیمه تمام دارد؛ در راستای به سرانجام رساندن آن به فرد کمک‌کنیم. هدف از این نوع امید این است که فرد به درک ارزشمند بودن لحظات برسد و سعی کند در جهت رسیدن به اهداف قابل دسترس، استفاده کند.

امید نادرست (False Hope): نقطه مقابل امید درمانی است. اگر بیمار اهداف غیرعینی و دور از دسترس را برای خودش در نظر بگیرد، عملاً وارد حیطه‌ی امید نادرست می‌شود. نباید بیمار را به این سمت هدایت کنیم؛ چرا که یکی از معایب امید نادرست، از دست دادن قدرت تطابق است. اگر بیمار وارد این فاز شود، خودش را برای بهترین‌ها آماده می‌کند در حالی که با بدترین‌ها مواجه خواهد شد و این می‌تواند هم اعتماد بیمار را سلب کند هم قدرت تطابق و سازگاری را از او بگیرد.

امید عمیق (Deep Hope): امید عمیق به عنوان امید متعالی نیز از آن یاد می‌شود. در پزشکی و پرستاری تأکید می‌شود که روی این امید متمرکز شود. این نوع امید به عنوان یک منبع قدرت در وجود فرد بیمار است. به او قدرت می‌دهد و کمک میکند که مسیرش را ادامه دهد.

مددجویان ممکن است از طریق اعمالی مانند مراقبه، یادداشت روزانه و یا با طلب آرامش در دعا امیدی برای زندگی در لحظه ایجاد کنند. افزون بر تلاش‌های درونی امید به منابع خارجی قدرتمند نیز برای تکیه‌گاه نیاز دارد. مدیریت علائم و روش‌های درمانی، در دسترس بودن درمان‌های مختلف و... از این قبیل هستند. مهمترین موانع امید شامل پیشرفت بیماری، درد و رنج، آینده غیرقابل پیش‌بینی، عدم اطمینان پیرامون درمان، بحث در مورد پیش آگهی، ارائه اطلاعات غیر مجاز توسط متخصصان بهداشت، اجتناب از گفتگو در مورد بیماری و مرگ با اعضای خانواده و ... می‌باشند. سرانجام گرچه بیماری لاعلاج می‌تواند امید را به چالش بکشد و حتی موقتاً آن را کاهش دهد، روند مرگ ناگزیر ناامیدی را به همراه ندارد. روح انسان با بروز خلاقیت و انعطاف پذیری خود می‌تواند امیدهای تازه و عمیق تری را در پایان زندگی ایجاد کند.



دسته دوم به کارکرد و نقش امید در مراقبت تسکینی و ارزشی که به ارمغان می‌آورد می‌پردازد. یکی از نقش‌های امید در جهت دستیابی به کیفیت بهتر زندگی است که در بین مددجویان به عنوان یک نیاز توصیف می‌شود. جالب اینجاست که کیفیت خوب زندگی فاکتوریست که حتی زمانی که طولانی کردن عمر دیگر امکان‌پذیر نمی‌باشد، مطرح است. یکی از بیماران بیان می‌کند: (می‌دانم که نمی‌توانم درمان شوم. اما امیدوارم علائم را تحت کنترل داشته باشند و ممکن است هنوز چند سال فرصت داشته باشم). امید به عنوان یک میانجی برای ارتباطات شخصی نیز در نظر گرفته می‌شود. مددجویان این عنصر را یک پل ارتباطی بین خود و افراد مهم زندگی خود قرار می‌دهند و تمایل دارند نقش‌های اصلی را در زندگی بازیابند و در آینده به اهداف مهم و در عین حال دست یافتنی برسند. روابط خانوادگی بیشترین اهمیت را برای بیماران دارد؛ پیوندهای خانوادگی را تقویت می‌کند و باعث می‌شود همه افراد درگیر، احساس ارزشمندی کنند. سرانجام به عناصر ضروری برای رشد و حفظ امید بر اساس دیدگاه بیماران اشاره می‌شود که می‌توانند امید را پرورش دهند.



منابع:

- Oxford Textbook of Palliative Nursing (Oxford Textbooks in Palliative Medicine) 8th Edition by Betty Rolling Ferrell (Editor), Judith A. Paice (Editor)
- Patients' perception of hope in palliative care, Sanda Velić, Enxhi Qama, Nicola Diviani, Sara Rubinelli

صریح و واضح است که تلاش‌های درونی و راه حل‌های بیرونی از عوامل تقویت کننده می‌باشد. بیماران فرایند ایجاد امید را به عنوان یک سفر فعال و در حال تکامل توصیف می‌کند؛ امید هم انرژی می‌دهد و هم مصرف می‌کند و نیازمند تلاش برای زنده نگه داشتن آن است.



مراقبت های تسکینی در اورژانس

ریاضی

متینه سادات طباطبائی دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران



اگرچه بخش اورژانس به عنوان مکانی ایده آل برای شروع مراقبت تسکینی محسوب نمی شود، در واقع بخش اورژانس (ED) مکانی است که بیماران در اولین قدم به دنبال مراقبت فوری می گردند. برای مثال بزرگسالان مبتلا به بیماری های مزمن اغلب در سال آخر زندگی خود چندین بار به بخش اورژانس مراجعه می کنند. یک مطالعه از بیماران بالای ۶۵ سال نشان داده است که ۷۵٪ از آنها در ۶ ماه آخر زندگی به بخش اورژانس مراجعه کردند و ۵۱٪ در ماه آخر، بسیاری حتی با مراجعات تکراری. فرهنگ پزشکی اورژانس برای ارائه استحکام در مواجهه با فوریت های پزشکی حاد به سمت یک فرهنگ متمرکز بر اهداف بیمار منتقل شده است.

مراقبت های تسکینی یکی از جنبه های حیاتی و اساسی در مواجهه با بیماران اورژانسی است که تأثیر بسیار زیادی بر روند درمان و بهبودی بیماران دارد. این نوع مراقبت ها، که به عنوان یک اصل اساسی در محیط های پزشکی و اورژانسی شناخته می شود، به منظور کاهش درد، استرس و ناراحتی بیماران انجام می شود و به وسیله اعمال مختلف مانند استفاده از داروهای تسکینی، تکنیک های تنفسی، ماساژ و تمرینات فیزیکی انجام می شود.



یک حرکت بزرگ برای آموزش پزشکان اورژانس در مورد مراقبت در پایان عمر و بهبود مراقبت تسکینی در پزشکی اورژانس صورت گرفته است که منجر به دستورالعمل‌های عملیاتی شده است. در واقع، به دلیل علائم حاد که اغلب همراه با تغییرات احساسی قابل توجه و مسائل تعیین موقعیت هستند، به سرعت با یک متخصص مشورت شده است. بسیاری از بیماران با علائم جدی و غیر قابل تسکین مانند درد، دشواری تنفس، تهوع و استفراغ که در محیط خارج از بیمارستان کنترل خوبی نداشتند، مراجعه می‌کنند. بخش اورژانس بیمارستان ممکن است تنها گزینه‌ای برای آن‌ها باشد تا مایعات یا داروهای وریدی (IV) دریافت کنند، همچنین دسترسی فوری به تصویربرداری حاد یا دسترسی به متخصص‌ها داشته باشند.



به طور کلی، مراقبت‌های تسکینی در بخش اورژانس نقش بسیار مهم و حیاتی در بهبود وضعیت بیماران دارند و باید با دقت، حوصله و حرفه‌ایترین روش‌ها توسط پرستاران و پزشکان انجام شوند. اطلاعات و آگاهی لازم برای انجام این نوع مراقبت‌ها باید از منابع علمی قابل اعتماد و پژوهش‌های جدید و به روز در این زمینه استخراج شود تا بتوان به بهترین شکل ممکن به بیماران خدمات لازم را ارائه داد. در نهایت، ارائه مراقبت‌های تسکینی می‌تواند منجر به افزایش رضایت بیماران از خدمات درمانی و پرستاری شود. این امر نه تنها برای بهبود تجربه بیماران مؤثر است، بلکه می‌تواند به بهبود عملکرد واحد اورژانسی و تأثیرگذاری مثبت بر رضایت کارکنان و پرستاران از محیط کاری منجر شود.

انتقال از درمان تسکینی به مدیریت علائم غیر درمانی ممکن است به شدت مسیر مراقبت بیمارستان را تغییر دهد. اینجا فرصتی است برای شروع اهداف بیشتر مراقبت که ممکن است برنامه‌های آینده را تغییر دهد. تحقیقات حمایت می‌کنند از مراقبت تسکینی زودهنگام در بخش اورژانس برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌هایی که ممکن است با درمان‌های جایگزین مرتبط باشد. بحث‌های مربوط به اهداف و برنامه‌های مراقبت، مدیریت علائم، و کنترل قوی درد، برخی از پایه‌های مراقبت تسکینی هستند. برخی از مزایای اضافی از مداخلات مراقبت تسکینی زودهنگام در بخش اورژانس شامل مدیریت منابع، افزایش رضایت برای بیماران و خانواده‌هایشان، بهبود نتایج، کاهش زمان اقامت، کاهش استفاده از واحدهای مراقبت ویژه و هزینه‌ها کمتر، و افزایش مشورت‌های مناسب مستقیم با متخصص است.

منابع:

Long DA, Koyfman A, Long B. Oncologic Emergencies: Palliative Care in the Emergency Department Setting. J Emerg Med. 2021 Feb;60(2):175-191. doi: 10.1016/j.jemermed.2020.09.027. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33092975

Bayuo J, Agbeko AE, Acheampong EK, Abu-Odah H, Davids J. Palliative care interventions for adults in the emergency department: A review of components, delivery models, and outcomes. Acad Emerg Med. 2022 Nov;29(11):1357-1378. doi: 10.1111/acem.14508. Epub 2022 May 16. PMID: 35435306

McEwan A, Silverberg JZ. Palliative Care in the Emergency Department. Emerg Med Clin North Am. 2016 Aug;34(3):667-85. doi: 10.1016/j.emc.2016.04.013. PMID: 27475020



نقش فیزیوتراپی در مراقبت های تسکینی



سونیا الماسی، دانشجوی کارشناسی فیزیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ریاضی

کاهش و کنترل درد: درد یکی از بزرگترین و آزار دهنده ترین مشکلات بیماران است و کاهش آن از وظایف اصلی و اولویت های درمانی فیزیوتراپیست می باشد. کاهش درد، باعث افزایش سرعت روند بهبود جسمانی و روانی فرد می شود و آرامش را به وی هدیه می کند. فیزیوتراپیست با انجام تکنیک های دستی، مدالیته های الکتریکی و یا تمرین درمانی می تواند به بهبود درد کمک کند.

حرکت و عملکرد: در صورتی که بیمار به هر دلیلی دچار کاهش دامنه حرکت، ضعف عضلانی و مشکلات حرکت و... شده باشد، فیزیوتراپیست با انجام درمان و تقویت قدرت و حرکت، عملکرد و... به پیشرفت فرد، کمک می کند.

فیزیوتراپی شاخه ای علوم توانبخشی بوده و تأثیرات به سزایی در مراقبت های تسکینی بیماران مختلفی ایفا می کند که معمولاً در جامعه خیلی شناخته شده نیست، اما به واقع نقش بسیار پر رنگی در بهبود جسمانی و روانی بیماران دارد. در ادامه به تقسیم بندی این تأثیرات پرداخته و سپس با بررسی چند بیماری خاص، با بیان زیبایی تأثیر این رشته بر بهبود شرایط افراد، به این بخش پایان خواهیم داد.

بهبود دستگاه ادراری و جنسی: مشکلات ادراری و جنسی می تواند در سنین مختلف و به دلایل مختلفی همچون بیماری های اختصاصی مربوط به دستگاه ادراری و جنسی، کهولت سن، سرطان و... ایجاد شده باشد و فیزیوتراپیست با بررسی و تست عضلات کف لگن و انجام تمرین های مخصوص فیزیوتراپی به افزایش کیفیت زندگی فرد در این زمینه کمک کند.

از جمله بیماری هایی که می توان به آنها اشاره کرد، انواع سرطان (گوارشی، ریوی، مغز استخوان و...) بیماری های نورولوژیکال، عمل های اصلاح ساختار بدنی (مانند عمل اصلاح اسکولیوز و ، پوکی استخوان، برق گرفتگی ، انواع شکستگی ها، دیابت شدید . میتوانيد دسته بندی مختصری از بیماری ها و مراقبت های لازم مشاهده کنید ، یا مشکلات لگن و فمور و یا زانو) در جدول زیر می توانید دسته بندی مختصری از بیماری ها و مراقبت های لازم مشاهده کنید.



منابع:

A , Physiotherapy applied to palliative care patients: a descriptive practice-based study Navarro-Meléndez, MJ Gimenez... - BMC Palliative Care , ۲۰۲۳ - Springer

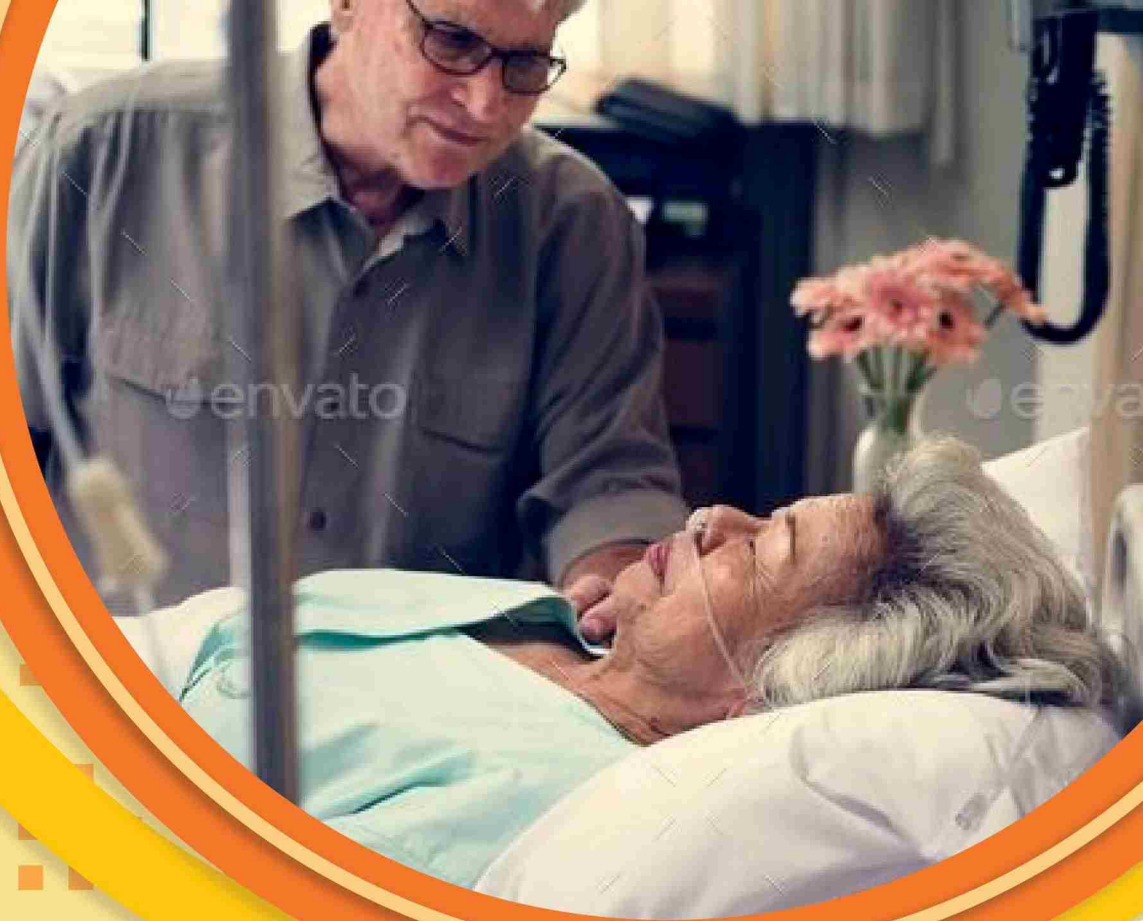
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fresc.2024.1331885/full>

توانبخشی تنفسی: در شرایطی که فرد مدت زمان طولانی ای شرایط bed rest را تجربه کرده و یا به طور کلی به بیماری های قلبی، تنفسی و یا سرطان ریه مبتلا ست، نیلزمند دریافت مداخلات درمانی جهت بهبود و ارتقای کیفیت تنفسی است، این تمرینات و مداخلات، شامل تمریناتی هستند که می توانند باعث افزایش قدرت عضلات تنفسی و یا خروج ترشحات ریوی باشند.

کنترل لنف ادم: ادم خصوصا در اندام های دیستال (دور از بدن) مانند دست و پا در بیماران متعددی رخ می دهد و فیزیوتراپیست با مدالیته های الکتریکی، تخلیه دستی لنفاوی، بانداز فشاری، آموزش ورزش و مراقبت از خود ، باعث کاهش ادم و درمان فرد می گردد.

نقش کلی فیزیوتراپی در مراقبت های تسکینی

بیماری/شرایط بیمار	هدف درمان و مداخلات فیزیوتراپی
سرطان	تقویت عضلی-عظمی، کاهش ناتوانی های ناشی از شیمی درمانی
بیماری های نورولوژیکال	تقویت حس وضعیت، تعادل، کاهش لرزش و اسپاسم و کنترل تون عضله و قدرت عضلانی
انواع شکستگی	کمک به تسريع بهبودی، جلوگیری از دفرمیت شدن عضو، تقویت عضلات و انجام آموزش های لازم جهت پیشگیری از شکستگی مجدد
دیابت شدید	تقویت حس وضعیت خصوصا در ناحیه کف پا در افراد مبتلا به دیابت شدید، و آموزش سبک زندگی و تمرینات لازم به جهت جلوگیری از ایجاد زخم های فشاری
پوکی استخوان	تقویت عضلانی و آموزش تمرین و سبک زندگی مخصوص به بیمار برای جلوگیری از شکستگی های متوقع
سوختگی و برق گرفتگی	تسريع بهبودی زخم و پوست با مدالیته های الکتریکی و درای نیدلینگ و بازآموزی عضلات



مراقبت از زخم های بدخیم در طب تسکینی



نازنین محمدزاده جمالیان دانشجوی کارشناسی فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

ریاضی

در مراقبت از زخم های بدخیم، برای کنترل التهاب باید سیستم ایمنی و عروقی را به طور همزمان هدف قرار داد. این زخم ها، با گسترش تومورهای سرطانی بیشتر می شوند و ناحیه وسیع تری از پوست و رگ های خونی را تحت تاثیر قرار می دهند.

این نوع زخم ممکن است بسیار دردناک باشد، بو بدهد و می تواند خونریزی کرده یا مایع از آن ترشح شود. برای کنترل عفونت و بوی بد ناشی از آن در زخم های بدخیم، می توان از آنتی بیوتیک ها استفاده کرد. آنتی بیوتیک ها تاثیر بسزایی در کاهش ترشح زخم ها و تسکین درد آنها دارند.

زخم بدخیم چیست؟
زخم های بدخیم در اثر سرطان پوست یا متاستاز سایر سلول های سرطانی به پوست، ایجاد می شوند. این زخم ها می توانند زخم های مزمن با علل دیگری مثل دیابت و ... را هم درگیر کنند و به همین علت، نتوان به آسانی آنها را تشخیص داد. در حالی که تشخیص به موقع زخم های بدخیم اهمیت بسیار زیادی دارد.

عفونت کردن و بو گرفتن زخم ها یکی از مهم ترین علل نگرانی بیماران هستند. در مراقبت های تسکینی از این زخم ها می توان با استفاده از پانسمان های ضد عفونی کننده، از بو گرفتن زخم و عفونت آن جلوگیری کرد و همچنین درد و خونریزی ناحیه محل زخم بدخیم را کاهش داد.

اکثر بیماران که از زخم های بدخیم و سرطانی رنج می برند، در مراحل پایانی حیات خود هستند و مراقبت های تسکینی از آنها باید علاوه بر جسم، شامل روح و روان آنها هم شود. حمایت خانواده و کادر درمان از این بیماران، در کاهش استرس و رنج آنها موثر است و کیفیت زندگی آنها را بالا می برد. عوامل متعددی می توانند در ایجاد زخم بدخیم و سرطانی نقش داشته باشند:

- نفوذ تومورها به پوست و متاستاز سلول های سرطانی به پوست یا بافت های زیر پوست
- برخی از روش های درمانی سرطان مانند شیمی درمانی و پرتودرمانی می توانند احتمال ایجاد زخم های بدخیم را افزایش دهند. این روش ها می توانند باعث آسیب به بافت های سالم بشوند و آنها را مستعد زخم شدن و ترک برداشتن کنند.
- زخم های مزمن مانند زخم های دیابتی می توانند شرایط را برای رشد سلول های سرطانی و ایجاد زخم بدخیم مساعد کنند و باعث پیشرفت آنها شوند.
- سیستم ایمنی ضعیف

مراقبت های تسکینی از زخم بدخیم و سرطانی معاینات منظم پزشکی
استفاده از پانسمان های آنتی باکتریال مانند پانسمان هایی که در آنها نقره یا آلومینیوم به کار رفته است.
تقویت سیستم ایمنی
سبک زندگی سالم (تغذیه مناسب، ورزش منظم، عدم مصرف الکل و مواد مخدر و ...)
مدیریت بیماری های مزمن مانند دیابت
مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین سی و ویتامین ها و مواد معدنی دیگر که به تسریع روند بهبود زخم ها کمک می کنند.
حفظ سلامت و مرطوب نگه داشتن پوست
توجه به هرگونه تغییر در پوست مانند ایجاد خال یا ضایعه جدید



در حالی که زخم های بدخیم ممکن است از نظر درمان و مدیریت چالش هایی ایجاد کنند، پیشرفت در مراقبت از سرطان و تکنیک های مراقبت از زخم، نتایج را برای بسیاری از افراد مبتلا به زخم های مرتبط با سرطان بهبود بخشیده است. تشخیص زودهنگام، مداخله سریع و مراقبت جامع متناسب با نیازهای خاص فرد برای بهینه سازی نتایج درمان و ارتقای بهبودی ضروری است. برای افراد مبتلا به زخم های مرتبط با سرطان مهم است که از نزدیک با ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی خود برای ایجاد یک برنامه درمانی شخصی و دریافت پشتیبانی مداوم در طول سفر سرطان خود همکاری کنند.

منابع:

1. Cornish L. Managing malignant wounds in patients receiving palliative care. Nurs Stand. ۲۰۲۳ Feb ۱۶-۵۹:(۲)۳۸۱. doi: ۱۰.۷۷۴۸/ns.۲۰۲۲.e1۲۰۰۱. Epub ۲۰۲۲ Dec ۱۹. PMID: ۳۶۵۳۰۱۴۸.
۲. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative Wound Care for Malignant Fungating Wounds: Holistic Considerations at End-of-Life. Nurs Clin North Am. ۲۰۱۶ Sep;۳۱-۵۱۳:(۳)۵۱. doi: ۱۰.۱۰۱۶/j.cnur.۲۰۱۶.۰۵.۰۰۶. PMID: ۲۷۴۹۷۰۲۳.

برای افراد مبتلا به سرطان پیشرفته یا در مواردی که درمان درمانی امکان پذیر نیست، ممکن است مراقبت های تسکینی برای مدیریت علائم، کاهش درد، بهبود کیفیت زندگی و حمایت از فرد و مراقبان در طول سفر سرطان ارائه شود. مراقبت های چند رشته ای: همکاری بین متخصصان مراقبت های بهداشتی، از جمله انکولوژیست ها، متخصصان مراقبت از زخم، پرستاران، مددکاران اجتماعی و سایر اعضای تیم مراقبت های بهداشتی، می تواند به ارائه مراقبت های جامع و هماهنگ برای افراد مبتلا به زخم های بدخیم کمک کند و به نیازهای سرطان و مدیریت زخم رسیدگی کند.



مراقبت های تسکینی از خانواده، پس از مرگ بیماران سرطان و لاعلاج



لادن ابراهیمی دانشجوی پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی تبریز

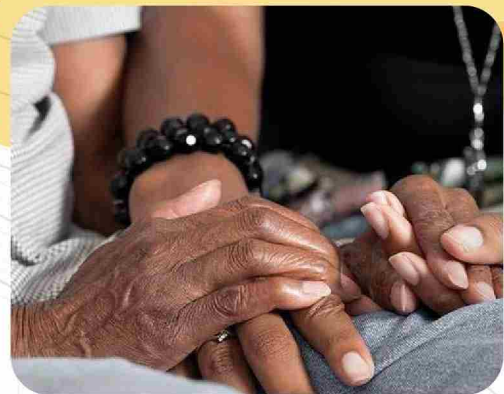
دریغ علی

سرطان یک بیماری بسیار دردناک و تغییر دهنده سبک زندگی است و میزان بروز آن در سراسر جهان به طرز نگران کننده ای رو به افزایش است. خطرات این بیماری و هم چنین میزان مرگ و میر ناشی از آن منجر به ایجاد یک ترس عمومی در میان مردم با سطوح گوناگون دانش، فرهنگ و طبقه شده است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ سرطان به عنوان دومین عامل مرگ و میر حدود ۲۰ میلیون نفر را در سرتاسر جهان مبتلا نموده که از این تعداد حدود ۱۰ میلیون نفر جان خود را از دست داده اند.

زندگی با سرطان، برای بیماران از نظر جسمی چالش برانگیز بوده و از نظر عاطفی نیز برای بیماران و مراقبین آنها، بار روانی سنگینی به همراه دارد. با پیشرفت سرطان علاوه بر درد، بیماران باید با ترس شدید از مرگ، احساس درماندگی و مشکلات روانی مرتبط با آن مبارزه کنند. خانواده‌ها جهت ارائه مراقبت های جسمی، روانی، معنوی و مالی به بیماران سرطانی بهترین گزینه هستند و نقش مهمی در همه نوع مراقبت های تسکینی ایفا می کنند. مراقبت فیزیکی و حمایت عاطفی ازسوی اعضای خانواده را نمی توان با هیچ مقدار مراقبت پزشکی جایگزین کرد.



در پژوهشی طی مصاحبه با بیش از ۲۰۰ نفر از بیماران سرطانی، مراقبین اولیه و کادر درمان مشخص شد که تم اصلی داده‌ها استیگمای سرطان است که در قالب‌هایی چون ترس از انتقال تصادفی، مسئولیت شخصی برای ایجاد سرطان، ترس از اجتناب‌ناپذیری ناتوانی و مرگ، خود را نمایان می‌سازد و چنین نگرش‌هایی مانعی بزرگ بر سر راه آزمایش غربال‌گری، تشخیص زودهنگام، و جستجوی درمان ایجاد خواهد کرد.



«در برخی از فرهنگ‌ها، مراسم و سوگ پس از مرگ بسیار تجمعاتی و پرهزینه و طولانی است، برای مثال در هند پس از سوزاندن جسد، خانواده عزادار ۱۳ روز را صرف عزاداری می‌کنند. یا برای مثال در ساحل عاج پیرزنی جسد را روی زانوان خود می‌گذارد و او را همچون نوزاد تپه‌پیر می‌دهد. انجام مراسمات هر قوم پس از مرگ به آرامش سوگ عزیزان کمک می‌کند.»

منابع:

۱. Salmandj
۲. Factnameh
۳. Canadian Virtual Hospice
۴. Introduction to clinical psychology

- خانواده و نزدیکان بیماران لاعلاج حتی قبل از مرگ بیمار، شروع به بروز علائم افسردگی را می‌دهند به همین دلیل نیازمند مراقبت‌های تسکینی ویژه تری پس از مرگ عزیزشان دارند
- چند مورد از کمک‌ها و مراقبت‌های تسکینی که میتوان به این افراد داد عبارت‌اند از:
۱. دریافت آرام‌بخش که معمولاً بلافاصله پس از مرگ عزیزان به نزدیکان تزریق می‌شود.
 ۲. لمس شدن یا در آغوش گرفته شدن توسط عزیزان
 ۳. داشتن مراسمات معنوی پس از مرگ بیمار و ارائه همدردی با داغداران
 ۴. تنها نگذاشتن داغداران و تلاش برای زنده نگه داشتن روحیه وی
 ۵. ارجاع داغدار به تراپیست



دارو درمانی در مراقبت تسکینی

درمانی



صنم حسین پور دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۱. مدیریت علائم

دارودرمانی در مدیریت علائمی مانند درد، تهوع، استفراغ، یبوست، اضطراب و هذیان که در مراقبت های تسکینی رایج هستند، موثر است. با ارائه تسکین موثر از این علائم ناراحت کننده، دارودرمانی به بهبود رفاه و راحتی کلی بیماران کمک می کند. در ادامه تعدادی از علائم و داروهای موثر بر آنها بیان شده است.

درد

درد یک علامت رایج در مراقبت های تسکینی است و مدیریت آن در اولویت قرار دارد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) یک رویکرد نردبانی سه مرحله ای برای مدیریت دارویی درد ارائه می کند.

مراقبت تسکینی یک حوزه تخصصی در مراقبت های بهداشتی می باشد که بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های محدودکننده زندگی تمرکز دارد.

هدف مراقبت تسکینی؛ مدیریت علائم، ارائه حمایت از بیماران و خانواده آنها و اطمینان از دریافت مراقبت هایی است که با ارزش ها و اهداف آنها سازگار است. اهمیت دارودرمانی در مراقبت تسکینی چندوجهی می باشد و برای پرداختن به علائم متنوع و اغلب پیچیده تجربه شده توسط بیماران نزدیک به پایان عمر ضروری می باشد.

اضطراب

اضطراب یک علامت رایج در مراقبت تسکینی مخصوصا در بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته است. مدیریت اضطراب شامل استفاده از داروهای ضداضطراب، مانند بنزودیازپین ها و مهارکننده های انتخاب بازجذب سروتونین است. استفاده از این داروها و انتخاب نوع دارو مانند دیگر داروها به منشا اضطراب و نیازهای فردی بستگی دارد.

دلیریوم

برای مدیریت دلیریوم و هذیان استفاده از داروهای آنتی سایکوتیک مثل رسپریدون و هالوپریدول می تواند موثر باشد.

اولین مرحله استفاده از مسکن های غیراپیوئیدی مثل استامینوفن و یا غیر استروئیدی مثل ایبوپروفن برای دردهای خفیف تا متوسط است.

مرحله دوم شامل مسکن های اپیوئیدی و مخدر مثل مورفین و اکسی کدون برای دردهای متوسط تا شدید است.

مرحله سوم شامل استفاده از مسکن های کمکی مثل داروهای ضدافسردگی و ضدتشنج برای دردهای عصبی است.

۲. مراقبت فردی

دارودرمانی امکان برنامه های درمانی فردی را فراهم می کند که متناسب با نیازها و ترجیحات منحصر به فرد هر بیمار باشد. با در نظر گرفتن عواملی مانند نوع و شدت علائم، بیماری های همراه و اهداف بیمار؛ ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می توانند رژیم های دارویی را برای به حداکثر رساندن کنترل علائم و کنترل علائم بهینه کنند.



تهوع و استفراغ

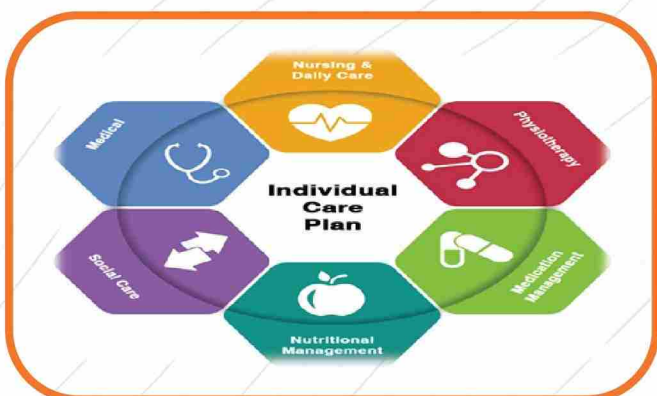
تهوع و استفراغ از علائم رایج در مراقبت های تسکینی به خصوص در بیمارانی است که شیمی درمانی یا پرتودرمانی دریافت می کنند. مدیریت تهوع و استفراغ شامل استفاده از داروهای ضداستفراغ شامل استفاده از آنتاگونیست های سروتونین، آنتاگونیست های دوپامین و کورتیکواستروئیدها است. انتخاب داروی ضد استفراغ مناسب، به علت زمینه ای تهوع و استفراغ بستگی دارد.

یبوست

یبوست یک عارضه جانبی رایج مسکن های مخدر و سایر داروهای مورد استفاده در مراقبت های تسکینی است. مدیریت یبوست شامل استفاده از ملین ها مثل لاکتولوز و بیزاکودیل است. انتخاب ملین به علت اصلی یبوست و نیازهای فردی بیمار بستگی دارد.

۳. رویکرد کل نگر

مراقبت تسکینی شامل یک رویکرد کل نگر است که به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می پردازد. دارودرمانی با تسکین علائم جسمی و حمایت از بیماران از لحاظ روانی، مکمل این رویکرد کل نگر است.



۴. آسایش پایان زندگی

با نزدیک شدن به پایان عمر بیماران، دارودرمانی در ارائه راحتی و کاهش علائم ناراحت کننده؛ حیاتی تر می شود. داروهایی که با تخصص تجویز می شوند، می توانند به این بیماران کمک کنند که در این مرحله چالش برانگیز احساس آرامش، وقار و کنترل را تجربه کنند.

به طور خلاصه می توان گفت که دارودرمانی با رویکرد بیمارمحور و همکاری بین رشته ای می تواند نقش موثر و حیاتی در به دست آوردن اطمینان در دریافت مراقبت دلسوزانه و جامع بیماران در این مرحله حساس از زندگی ایفا کند.



منابع:

1. World Health Organization. WHO Guidelines for the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. Geneva: World Health Organization; ۲۰۱۲.
۲. • Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integrating palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. Journal of Clinical Oncology. ۳۰۶۶-۳۰۵۹:(۲۵)۳۵;۲۰۱۷.
۳. • Hui D, Bruera E, Fainsinger R, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple tool for the assessment of palliative care patients. Journal of Palliative Care. ۱۲-۶:(۲)۷;۱۹۹۱.

